

지역사회의 치매관리체계 구축과 운영 방안에 관한 연구: AHP(Analytic Hierarchy Process) 분석에 근거한 상대적 중요성 분석*

김 근 해*
윤 은 기**

국문요약

세계보건기구(WHO)와 알츠하이머 국제기구(ADI)의 2012년 보고서 발표를 통해 치매 예방을 위한 국제적 움직임은 시작되었다. 우리나라도 치매관련 인프라를 확대하고 치매에 대한 인식을 전환하기 위해 노력해왔음에도 불구하고 효과적인 치매관리체계는 완성되지 못하였다. 치매의 특성 상 치매환자를 둘러싼 지역 환경의 역할이 중요하며, 치매관리체계를 구축하기 위해서는 제도적 기반 마련, 역할의 명확화, 맞춤형 서비스 제공이 필요하다. 본 연구의 목적은 치매관리의 효과적인 시스템의 구축을 위해서 지역사회가 우선적으로 수행되어야 할 치매관리 기능을 분석하는 것이다. 본 연구에서, 지역사회가 효율적인 치매관리체계를 구축·운영하기 위해서는 우선적으로 수행하여야 기능과 역할을 분석하기 위해 AHP 분석을 활용하여 우선순위를 도출하였다. 분석 결과에서, 치매노인의 예방과 치료보다는 관리 기능이 중요한 것으로 분석되었다. 치매관리의 법·제도 정착을 위해서는 치매관리비 지원, 치매병동 운영, 치매등급 활성화, 치매거점병원 추가 지정을 위한 지역사회 차원의 지원이 필요하다. 그리고 치매관리의 역할과 기능의 명확화를 위해서는 노인돌봄종합서비스 전달체계 정비 및 치매관리사업의 표준화된 매뉴얼 개발을 통한 서비스 전달체계를 개선할 필요가 있다. 효율적인 노인 치매 관리를 위해 지역사회 자원들과의 연계의 중요성과 함께 맞춤형 서비스 제공을 위해서는 민·관 파트너십을 강화하여야 함을 제안하였다.

주제어: 서비스전달체계, 지역사회, 치매, 치매관리체계, AHP 분석

I. 서론

치매는 정상적으로 생활해오던 사람이 뇌기능의 손상으로 인해 인지기능이 지속적으로 저하되어 일상생활에 지장이 나타나는 상태를 말한다. 치매는 일반적으로 연령이 증가할수록 치매 유병

* 이 논문은 동아대학교 교내연구비 지원에 의하여 연구되었음. 또한 본 논문은 2016년 한국행정학회 하계 학술대회 발표문을 수정·보완한 것임.

** 주저자

*** 교신저자

률도 높아지는 것으로 알려져 있다(김상우 외, 2014). 최근 우리나라에서 노인 중 후기 고령자(80대 노인)의 비중이 20.6%로 증가되었다(한국보건사회연구원, 2014). 이와 같이 고령화가 급속히 진행되는 것은 치매노인의 비율도 지속적으로 증가한다는 것이다.

치매는 인지기능에 문제가 생기는 것으로 본인의 의지와는 무관하게 공격적인 행동을 하여 치매환자와 주변사람들에게 위협적일 수 있고, 배회나 방황 등의 문제 행동으로 부양 가족의 관리만으로는 치매환자의 안전성을 담보할 수 없다. 또한 치매환자의 증가는 치매 가족의 부양부담은 물론 사회·경제적 비용을 증가시킨다. 그러므로 정부는 치매를 사전에 예방하고, 치매가 발병한 이후에는 치매환자를 안전하게 관리하고 치료할 수 있는 치매관리체계를 갖출 필요가 있다. 이 때 치매관리체계는 단순히 중앙정부의 치매관리정책에만 의존하는 단편적 체계가 아니라 그 지역사회의 인적·물적 자원을 연계·활용할 수 있는 지역사회의 효율적인 치매관리체계가 필요한 것이다.

우리나라 정부는 치매 환자의 증가에 따른 각종 사회적 비용을 경감하고자, 2008년 「치매종합관리대책(2008-2012)」을 발표하고, 2011년 8월 「치매관리법」을 제정하여 치매관리사업을 위한 법적 근거를 마련하였다. 또한 2012년 7월에는 「제2차 국가치매관리종합계획(2013-2015)」을 발표하여, 치매관리사업의 체계적인 운영을 위한 정책적 기반을 마련하였으며, 2014년 7월에는 노인장기요양보험 요양등급에 '치매특별등급'을 포함시켰다. 그리고 2015년 수요자 중심의 제3차 국가치매관리종합계획을 발표하여 가족지원과 치매관련 연구 기반을 확대하고자 하였다. 이와 같이 우리나라는 치매관리 정책을 꾸준히 수립·시행하고 있으나 아직 치매관리체계는 완성되지 못하였다.

치매는 거시적인 차원에서만 접근해서는 안 된다. 치매는 인지 능력 및 신체 능력의 장애가 동반되므로 많은 사람들의 관심과 도움이 필요하다. 이러한 관점에서 치매관리체계는 중앙정부보다는 지역사회가 중심이 되는 편이 보다 효율적이다. 지역사회가 중심이 되어 치매관리 기능에서 지역사회의 역할을 다 할 때, 지역사회 내의 자원을 보다 쉽고 편리하게 연계할 수 있기 때문이다. 그러므로 어떻게 하면 지역사회의 역할을 고려한 치매관리체계를 구축할 수 있는지 그 방안에 대한 논의가 필요하다.

그러나 지금까지 치매에 대한 논의는 대부분 치료 방법이나, 약물에 대한 치료 효과성 등 치료 중심적 연구들이 다수이고 치매 관리나 치매관리체계 구축에 대한 연구는 거의 전무하다. 따라서 본 연구에서는 지역사회의 치매관리 기능적 역할에 초점을 두어 어떻게 하면 지역사회 차원의 치매관리체계를 구축할 수 있는가를 연구하고자 한다. 앞선 선행연구들이 치매의 치료나 치매에 영향을 주는 요인들을 파악하는 정도에 그쳤다면, 본 연구에서는 치매 관리의 주요 기능 중 지역사회에서는 어떠한 기능을 우선적으로 실시하는 것이 효율적인지를 알아보고자 한다. 그리고 기능요인들의 상대적 중요성을 통한 우선순위를 분석하여 그 결과를 바탕으로 치매관리체계의 구축 및 운영 방안에 대한 정책적 제언을 하고자 한다. 따라서 본 연구는 치매관리체계를 구축함에 있어 지역사회의 치매관리기능에 초점을 두어 기능요인들의 우선순위를 도출했다는 점에서 선행연구들과 차별성이 있다고 하겠다.

II. 이론적 논의와 선행연구

1. 이론적 논의

1) 치매의 유형 및 문제행동

치매는 라틴어 디멘치아(dementia)에서 유래된 말로 제거한다는 의미의 디(de)와 정신의 멘스(mens), 질병의 티아(tia)란 단어가 결합된 용어이다. 즉, 치매는 '정신이 제거된 질병'이라 정의할 수 있다. 치매관리의 법적 근거인 「치매관리법」에서는 치매를 '퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애'로 정의하고 있으며, 치매관리는 '치매의 예방과 진료·요양 및 조사·연구 등'으로 정의하고 있다.

치매는 그 종류가 다양하여 약 70여개에 이르며, 조기에 발견하면 치료와 관리가 가능하다. 그러나 많은 사람들이 치매를 노화현상으로 인한 병으로 생각하는 부정적인 인식에 의해 적절한 치료시기를 놓치고 관리를 포기하기도 한다. 치매의 종류는 크게 비가역적 치매와 반가역적 치매, 가역적 치매로 구분할 수 있다. 비가역적 치매는 완치가 힘든 치매로 고령, 가족력, 우울증, 두부손상력, 흡연 등이 위험요인이 될 수 있다. 비가역적 치매로는 알츠하이머가 대표적이며 완치는 어렵더라도 조기에 진단하면 인지기능 개선제를 이용하여 질병의 진행을 지연시킬 수 있다. 반가역적 치매는 미리 조심하면 충분히 예방할 수 있는 치매로 뇌혈관성 치매가 대표적이다. 고혈압, 심장병, 당뇨병, 동맥경화, 고지혈증, 흡연 등이 위험요인으로 위험요인들을 평상시에 잘 관리만 한다면 충분히 예방이 가능하다. 가역적 치매는 완치가 가능한 치매로 뇌종양, 대사성 치매, 뇌손상에 의한 치매, 영양결핍에 의한 치매가 대표적이며, 원인이 분명한 치매이므로 원인을 해결해주면 치료가 가능하다.

치매의 3가지 유형 중 비가역적 치매를 제외하고는 예방과 치료가 가능하며, 비가역적 치매도 조기 발견 시 치매 진행 속도를 더디게 할 수 있다. 그러므로 정부는 치매환자와 가족, 시민들의 건강과 안전을 위해 치매의 예방에서 치료와 관리까지 모두 가능한 치매관리체계를 구축할 필요가 있는데, 여기서 치매관리체계는 단순한 기관 간의 형식적인 연계가 아닌 실질적 치매관리를 위해 필요한 기능을 성실히 수행할 수 있는 기능적 통합체계를 구축하여야 한다.

2) 치매관리에 대한 정부 역할의 정당성

치매는 건강경제와 밀접한 관련이 있는 질병으로 독특한 재화로서의 특성을 갖는다. 이 독특한 재화로서의 특성은 정부가 치매 관리에 개입을 하여야 하는 정당성과도 연관이 있다. 그 특성은 소비자 무지, 수요의 불확실성, 공급의 법적 독점, 가치재, 외부효과가 포함된다. 다른 재화와는 성격상 구분되는 몇 가지 특성들을 정리해보면 다음과 같다(김강립 외, 2012: 17-18; 양봉민 외,

2015; 윤은기, 2015: 439-441).

첫째, 소비자 무지(consumer ignorance)는 치매 예방, 관리, 치료 과정에서 치매에 대한 지식이 보건의료 서비스의 공급자에게 편중됨으로써 발생할 수 있다. 소비자인 국민은 치매 의학 지식에 관한 부족으로, 치매 관련 서비스 제공 과정에서 소비자인 국민과 공급자인 의료인은 치매 정보와 지식에 대해 비대칭성 관계에 놓이게 된다. 이런 환경에서 의료 기관은 치매환자의 이익과 관심을 반영하는 공공성 보다는 수익성을 추구할 수 있다. 의료제공자는 '소비자효용을 극대화하는 대리인의 역할'과 '수익을 극대화하는 직업인'의 역할을 동시에 하게 되는데, 치매환자를 위한 공공성 보다는 효율성과 수익성을 위한 직업인으로서의 의료 행위를 추구할 수 있다. 그러나 효율적인 치매 관리를 위해서는 의료기관의 수익성보다는 소비자의 관심과 이익을 구현할 수 있는 효율적인 정부 개입의 필요성이 요구된다.

둘째, 국민들은 치매 질병의 발생 시기와 진료비 비용도 얼마나 될지 모르는 불확실성(uncertainty)과 불규칙성(unregulity)에 대한 불안을 가지고 있다. 치매 건강보험은 미래의 불확실한 손실의 방지와 진료비의 비용에 대한 소득보호가 목적으로, 건강보험과 의료보험 같은 대비 수단과 함께 치료 보다는 예방 정책에 주안점을 두어야 한다. 과도한 의료비 지출의 원인이 되는 사후 치매치료중심 의료시스템에서 지출 최소화를 위한 사전 치매예방중심 의료시스템으로 변화하기 위한 정부의 노력이 필요하다.

셋째, 의료인력 면허제는 법이 인정하는 법적 독점의 형태로, 보건의료 서비스는 다른 재화와는 다르게 면허를 가진 사람만이 서비스를 제공할 수 있기 때문에 공급의 법적 독점(monopoly)이 형성되기도 한다. 치매 치료도 면허를 취득한 의료 전문인만이 공급자로서 시장에 참여할 수 있기 때문에 의료 공급자의 시장 진입이 제한된다. 정책당국의 보건의료정책에 반대해서, 의료인의 수익성을 위해 정치권, 언론계, 학계를 대상으로 지대추구 등의 행위를 하는 집단적인 이익집단의 의사들을 표출하기도 한다. 이러한 의료계 이익집단의 행태의 경우에 정부의 효율적인 규제정책을 통해 치매예방을 위한 정책개발을 추진하는 것이 필요하다.

넷째, 가치재(merit goods)는 사회적 가치가 개인적인 가치보다 큰 의료서비스, 교육서비스, 공용주택서비스 등을 의미한다. 치매로 인한 개인의 건강파괴는 가족, 사회, 국가 전체 조직의 경제적 혹은 비경제적 피해를 야기한다. 치매서비스는 국민 개인의 건강증진과 건강경제의 보건산업을 증진 시키는 장기적 편익을 가져다주기 때문에 국가의 책임 하에 기본적인 서비스의 제공이 이루어져야 한다. 다시 말해 적절한 보건의료 치매서비스를 통한 건강의 증진은 질병의 파급효과 축소와 사회 전체에 편익이 된다는 것이다. 그러므로 보건의료 치매서비스는 공공제와 가치재로 생산·소비·분배를 막연히 시장경제에만 맡길 수 없고, 국가개입의 정당성이 있다는 것이다.

다섯째, 외부효과(externality)는 한 개인의 어떤 소비행위가 타인에게까지 영향을 미치는 것을 의미한다. 보건의료 치매서비스의 경우에 소비의 외부효과(externality)는 본인의 치매 예방을 통하여 가족들의 정신적 고통과 사회의 경제적 비용을 축소하는 것을 말한다. 보건의료 서비스가 민간시장에 의하여 전담되는 경우 의료서비스의 공급자들은 수익성이 많은 치료 서비스의 제공에 치중하는 반면, 수익성이 적은 예방서비스를 등한시함으로써 질병으로 인한 고통의 증대와 건강

유지에 필요한 의료비의 증대까지 초래한다. 예방서비스를 민간시장에 맡겨 놓으면 사회적 편익을 최대로 하는 충분한 예방서비스는 제공되지 않게 된다. 이러한 현상은 소비자들에게도 마찬가지이다. 정부가 적극적으로 개입하여 치매예방 서비스를 제공하지 않을 때에는 당장 병에 걸리지 않은 소비자들은 치매예방 서비스 등을 선호하지 않는 경향이 있다. 이와 같이, 개인의 소비만으로는 사회적으로 바람직한 수준의 소비수준에 도달하지 못하게 되는 상황에서 시장의 실패를 방지하기 위한 국가의 개입이 정당화된다. 이와 같이, 정부는 시장에 개입하여 직접 예방서비스의 제공과 가격보조를 통해 적정량의 예방서비스를 마련하는 정책을 추진하는 것이 필요하다.

3) 치매관리체계 구축 요건

정부는 치매를 효과적으로 관리하기 위해 치매를 관리하기 위한 체계를 구축하여야 하는데, 우리나라는 아직 효율적인 치매관리체계가 미흡하다. 지금까지 정부는 치매 관련 인프라를 다양하게 늘리기 위한 노력을 해왔으나, 그 체계적인 구성을 완성시키지 못한 것이다.

치매관리체계는 치매진단에서 서비스 실시, 서비스 제공을 위한 조정기능까지를 포함한 치매관리사업을 수행하는 조직된 체계를 말하는 것이다(이경남, 2005). 치매관리체계에서 가장 중요한 것은 진단과 예방, 관리, 치료 이 모든 과정의 서비스가 자연스럽게 연결되어 치매환자가 서비스를 제공받음에 있어 불편이 없도록 하는 것이다. 그러기 위해서는 정부차원의 치매 관리체계 틀도 중요하나, 지역사회가 중심이 되는 치매관리체계를 구축하는 것이 효과적이다. 치매환자 및 가족들, 일반 시민들의 치매 관리 및 예방을 위해서는 그들의 가장 가까운 곳에서 그들의 문제를 직시하고 바로 해결해주는 것이 효율적이기 때문이다. 또한 중앙과 지방정부의 중복된 사업 실시로 인한 자원 낭비를 방지하기 위해서는 지역 차원에서 행할 수 있는 기능적 부분을 고려한 치매관리체계가 구성되어야 한다. 지역사회가 치매관리체계를 효율적으로 구축하기 위한 요건으로는 제도적 기반 마련, 구성 기관 간 역할의 명확화, 맞춤형 서비스 제공이 필요하다.

제도적 기반은 지방정부가 치매관리를 하기 위한 가장 기본이 되는 사안으로, 법·제도적인 뒷받침이 있어야 치매관리의 당위성과 책임성이 부여된다. 따라서 국가적 법·제도의 테두리 내에서 지방정부 차원의 법·제도 마련이 반드시 필요하다. 치매관리의 전시성 정책마련이 아닌, 실질적으로 치매관리에 적용될 수 있고, 그 효과성을 입증할 수 있는 전문적이고 체계적인 법·제도 마련이 필요할 것으로 여겨진다.

그리고 구성기관 간 역할의 명확화가 필요하다. 역할의 가이드라인은 중앙정부의 지침에 따라 결정되는 부분이 있으나, 지역마다 환경적 특성과 여건이 상이하므로 각 지역에 맞게끔 역할을 수정·재설정할 필요가 있을 것으로 여겨진다. 또한 서비스를 통합하고 연계·조정하는 것이 필요한데, 이는 통합·연계·조정 역할을 할 기관을 선정하는 것도 효과적으로 여겨진다. 정책 수행기관의 경우 공공기관들이라 정보 공유나 역할 조정이 비교적 수월하나, 서비스 제공기관의 경우 건강보험공단의 관리를 받고 있다 할지라도 민간 또는 개인이 운영하는 시설, 병원들이 대부분이기 때문에 서비스를 고려한 기능적 배분을 위해서는 이들의 역할을 확인하고, 조정할 수 있는 중추기관이

필요하다.

마지막으로 맞춤형 서비스 제공이 필요하다. 치매환자는 빠른 속도로 증가하고 있고, 그 환경 또한 급변하고 있다. 이러한 변화 속에 치매관리를 원활히 하기 위해서는 급변하는 환경에 대응할 수 있는 맞춤형 서비스 제공이 필수적이다. 이를 위해 환경을 예측할 수 있는 사전조사, 연구, 프로그램 개발 등의 조사·연구 사업뿐 아니라 다양한 서비스를 제공할 수 있는 기관 간의 연계가 필요하다.

2. 선행연구

치매관리에 관한 선행연구는 주로 치매예방과 관리, 치매치료에 대한 연구로 구분할 수 있다. 치매치료에 대한 연구는 대부분 의료, 재활 분야 등에서 다루고 있으며 치매예방과 관리에 대한 연구는 보건, 복지, 심리 분야 등에서 다루고 있다. 본 연구에서는 치매의 치료적 관점보다는 치매 관리의 기능적 측면에서 어떠한 요인들이 치매관리에 효과를 주는지, 어떠한 요인이 치매예방과 관리 등에 영향을 주는지 그 요인들을 도출하고자 관련 선행연구를 살펴보았다.

그 결과 생활습관이 치매와 관련성이 있다는 것을 알 수 있었는데, 김성민 외(2011)의 연구에서는 운동량과 낮은 체질량수 등 생활습관과 관련된 요인이 치매 유발 가능성과 연관이 있음을 확인하였다. 하은호 외(2011)의 연구에서도 운동과 체중, 음주 여부 등 생활습관과 관련된 요인이 인지장애에 영향을 미치는 것을 확인하였다. 이 외에도 성별, 학력과 같은 일반적인 특성과 요실금, 변실금, 우울 정도와 같은 건강적인 요인들이 인지장애에 영향을 미친다고 하였다. 여기서 우울과 치매의 영향을 살펴 본 연구들이 있었는데 서경현 외(2009)는 치매환자 가족부양자의 부양부담은 신체증상이나 우울과는 정적으로 건강지각과는 부적의 관계를 하고 있는 것을 확인하였다. 이것은 우울은 치매를 유발하는 유발요인이 되기도 하지만, 반대로 치매환자들의 가족은 부양 부담으로 인한 우울 정도가 높아지기도 한다는 것이다. 한편 고숙정 외(2013)는 우울 외에도 치매지식과 자기효능감이 치매 예방에 영향을 미치므로 치매지식에 대한 강조를 하였다.

치매관리에 있어 개인적인 관리보다는 가족과 사회적 지원과의 관계를 알아보는 연구들도 있었는데, 대부분의 연구에서 사회적 지지가 치매환자의 관리 및 가족부양자의 부양부담 감소에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다(서경현 외, 2009; 이현주 외, 2015).

서경현 외(2009)는 사회지원이 치매환자의 부양부담이 건강지각과 우울에 미치는 영향을 중재하며 이는 치매환자 부양에 따른 부정적 효과에 대해 완충 작용을 할 수 있는 것을 의미한다고 하였다. 그러므로 치매환자 가족부양자의 건강이나 삶의 질 향상을 위해서는 체계적으로 임상적 차원은 물론 사회적 차원에서 개입하여야 한다고 주장하였다. 이현주 외(2015)는 치매노인 가족부양자의 부양부담이 사회적 지지에 따라 어떻게 차이가 있는지를 검증하였는데 그 결과 일상생활기능장애와 부양부담의 관계에서 사회적 지지의 완충효과가 확인되었다. 그러므로 지역사회 인식개선과 지원시스템을 구축하는 방안이 필요하며 우리나라에서도 치매환자의 장기입원을 최소화하고 치매노인이 지역사회에서 생활할 수 있도록 돕기 위해서는 가족이 치매노인을 지속적으로 보

살필 수 있는 여건을 마련하는데 보다 관심을 기울여야 한다고 주장하였다.

지금까지 살펴본 바와 같이 선행연구들은 치매환자 본인을 대상으로 한 것에서 치매환자 부양자로까지 그 대상을 확대하여 치매관리에 있어서 사회적 지지가 필요함을 주장하고, 치매예방 및 관리를 위해서는 지역사회의 중요성과 역할을 강조하고 있다. 이는 치매관리는 치매환자와 치매환자가족만의 문제가 아니며 지역사회의 역할이 필요하다는 것이다.

한편 치매관리에 있어서 중요하게 여겨지는 기능에 있어서는 연구별로 차이가 있었다. 치매 인식개선과 교육에 대한 사안이 중요하다고 강조하는 연구와 치매서비스 제공에 보다 중점을 둔 연구 등 치매관리의 기능에 대한 중요성은 연구자마다 조금씩 차이가 있었다. 그러나 선행연구의 내용을 종합하여 보면, 치매관리기능에는 우울 정도를 포함한 생활습관 관리, 치매지식 향상, 가족 부양자의 부양부담 감소를 위한 사회적지지 증가 등의 기능이 포함되어야 할 것으로 판단된다.

Ⅲ. 치매관리체계 현황

치매관리체계는 거시적으로는 국가차원의 법·제도가 있고, 미시적으로는 치매환자와 치매환자가족을 위한 서비스가 있다. 따라서 치매관리체계의 현황을 정책 현황과 사업 현황, 서비스 전달 체계 현황으로 나누어 살펴보고자 한다.

1. 치매관리정책 현황

우리나라는 2011년 8월에 제정된 「치매관리법」을 법적근거로 하여 본격적인 치매 관리정책을 실시하고 있는데, 치매관리를 위한 국가적 정책은 보건복지부의 치매종합관리계획으로 현재 3차까지 계획이 시행되고 있다.

「제1차 치매종합관리대책」은 치매에 대한 부정적 인식 개선의 필요성을 강조하였다. 또한 치매에 대한 예방 및 조기발견이 미흡하다는 것을 문제점으로 인식하여 치매예방, 치료, 관리가 가능한 체계를 구축하여야 함을 강조하였다. 이를 위한 해결책으로 치매 조기검진 확대, 치매 발생 위험요인 관리, 인지건강 프로그램 개발·보급, 치매치료를 위한 바우처 지원, 국가치매등록관리 D/B 구축 및 지원, 인지재활 프로그램 활성화 등을 제안하였다. 또한 효과적인 치매 관리를 위한 인프라 구축의 방안으로 국립치매센터를 설치하고 권역별 치매거점센터 설치하고 지역사회의 치매상담 및 관리 창구로서 기존 지역 보건소의 치매상담센터를 치매관리센터로 확대 개편하는 안을 제시하였다.

이 후 2002년에 발표된 「제2차 국가치매관리종합계획」은 치매관리의 기본 틀을 조금 더 다듬고 예방·돌봄제도를 마련하는 등 소프트한 정책에 초점을 두었다. 그리고 최근 발표된 「제3차 치매관리종합계획(2016-2020)」은 그동안 공급자 중심의 치매정책을 수요자 관점의 정책 과제 위주로 구성하였다. 그동안 치매 정책이 치매관리법 제정, 중앙·광역치매센터, 보건소 치매상담센터, 치

매상담 콜센터 설치 등 인프라 확충에 주안점을 뒀다면, 이번 제3차 대책은 지역사회를 중심으로 환자와 가족 등이 느끼는 부담을 덜 수 있는 지원책을 마련하는 데 중점을 두어 1,2차에 비해 수요자 관점에서 치매를 인식할 수 있는 정책들로 조금 더 명확하고 구체적인 계획이 수립된 것으로 보인다. 특히, 치매 정밀검진에 건강보험을 적용하고 치매가족상담 수가 신설, 여행바우처 지원은 치매환자의 부양부담을 경감시킬 수 있는, 가족들에게 직접적인 영향을 주는 정책으로 부양가족을 위한 사회적 지지가 강화되었다. 50만 치매 파트너즈 양성, 치매안심마을 조성 등은 직접 시민이 참여하는 치매예방 사업으로 그 의미가 크다. 그리고 치매전문병동, 24시간 방문형 단기보호서비스 등은 치매에 대한 전문성을 보장함은 물론이고 치매환자와 부양자의 입장에서 신뢰와 믿음을 구축하기에 효과적인 정책으로 여겨진다. 이를 종합하여 볼 때, 1차와 2차 계획이 국가적 차원의 치매예방과 관리에 중점을 두었다면, 3차는 지역차원, 즉 지방정부에서 치매 예방·관리 역할의 중요성을 강조하고 있다고 파악된다.

〈표 1〉 제1차 치매종합관리대책과 제2,3차 국가치매관리종합계획 내용

구분	제1차 치매종합관리대책	제2차 국가치매관리종합계획	제3차 국가치매관리종합계획
정책목표 및 기본방향	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강증진사업과의 연계 추진 ○ 치매 유형별 맞춤형 관리 ○ 종합적·체계적 치매 관리체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치매의 예방-발견-치료-보호를 위한 체계적 기반 구축 ○ 치매 환자와 가족의 삶의 질 향상 ○ 치매에 대한 올바른 이해 및 사회적 관심 제고 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 지역사회 중심의 치매예방 ○ 진단·치료·돌봄 서비스 통합 제공 ○ 치매환자 가족 부담경감 ○ 연구·통계 등 인프라 확충
추진과제	<ol style="list-style-type: none"> ① 치매 조기발견 및 예방 강화 ② 종합적·체계적인 치매 치료·관리 ③ 효과적 치매 관리를 위한 인프라 구축 ④ 치매환자 부양 부담의 경감 및 부정적 인식 개선 	<ol style="list-style-type: none"> ① 치매 검진 내실화·진단을 제고 ② 치매 발생 위험요인 사전관리 강화 ③ 맞춤형 치료 및 보호 강화 ④ 효과적 치매 관리를 위한 인프라 확충 ⑤ 가족지원 강화 및 사회적 인식 개선 	<ol style="list-style-type: none"> ① 예방·인식개선 ② 진단·치료·돌봄 ③ 가족지원 ④ 연구·통계

자료 : 보건복지가족부(2008), 「제1차 치매종합관리대책」; 보건복지부(2012), 「제2차 국가치매관리종합계획」; 보건복지부(2015), 「제3차 국가치매관리종합계획」을 바탕으로 작성

2. 치매관리사업 현황

치매관리사업은 1995년 정신보건법 제정 이후 일부 정신보건센터에서 시행되어 왔다. 1997년 노인복지법에 의거하여 시군구 보건소에 치매상담센터를 설치하고 치매상담요원을 배치하면서 치매노인 및 그 가족에 대한 상담, 교육, 등록관리, 방문관리, 시설안내 등의 업무를 수행하면서 본격적으로 시행하게 되었다(임효덕 외, 2013: 70). 이 후 지자체에서는 보건소의 치매상담센터를 중심으로 치매관리 사업을 꾸준히 진행하여 왔다.

현재 정부가 추진 중인 치매관리사업은 〈표 2〉에 제시된 바와 같이 크게 치매관리체계구축, 치매예방관리, 치매노인 치료·관리, 치매관련 연구로 구분할 수 있다. 여기서 치매관리체계 구축은 치매 관리를 위한 구성기관을 설립·운영하는 것으로 인프라 확대의 개념으로 보아진다. 한편 치매 예방 관리, 치매 노인 치료 관리는 실질적인 서비스를 제공하는 것이며, 치매관련 연구를 조사와 연구 등을 통한 정책 개발에 중점을 둔 것으로 여겨진다.

〈표 2〉 치매 관리 사업

기능	구분	목적	사업내용
치매 관리 체계 구축	국가·광역 치매관리사업, 치매상담센터 및 치매상담콜 운영, 치매협업병원 선정	-지역사회 치매예방 및 관리 사업 원활한 수행	-치매노인 등록 및 관리 -치매노인, 보호자에 대한 상담 및 지원 -치매 예방 및 치매노인 간병요령 등에 관한 교육의 실시 -재가치매노인에 대한 방문·관리 -치매노인의 사회적 지원 안내 등
치매 예방 관리	치매검진사업	-치매 환자를 조기에 발견, 효과적으로 치매를 치료·관리	-1단계 선별검사(보건소) -2단계 진단검사(협약병원) -3단계 감별검사(협약병원) -찾아가는 치매검사 등
	노인실명예방사업	-저소득층 노인 등에 대한 안 질환을 조기 발견·적기 치료	-노인 암검진 사업 -노인 개안수술(백내장, 망막질환, 녹내장 등 기타 안 질환) 등
	노인건강진단	-질병의 조기 발견 및 치료로 건강의 유지·증진 도모	-1,2차 건강진단 -추가검진 등
치매 노인 치료·관리	치매 치료관리비 지원 사업	-치매증상을 호전시키거나 증상 심화 방지	-치매치료관리비 보험급여분 중 본인부담금(치매약 제비 본인부담금 + 약 처방 당일의 진료비 본인부담금) 지원 등
	실종노인 발생예방 및 찾기 사업	-실종 노인의 조속한 발견과 복귀를 지원 -노인의 안전을 위한 사회안전망 구축	-보건소: 인식표 신청 접수 -경찰청: 지문사전등록 -중앙치매센터: 실종노인 사례 접수·등록 및 가족 상담, 배회 가능 어르신 인식표 보급 등
	치매등급	-장기요양등급에 따라 장기요양서비스 제공	-시설급여 -재가급여 -가족요양비
	치매가족휴가제	-간병으로 지친 가족들이 쉴 수 있도록 치매어르신 보호	-간병으로 지친 가족들이 쉴 수 있도록 치매어르신 (재가급여 이용자: 복지용구 제외)이 연간 최대 6일 까지 단기보호를 이용할 수 있도록 하는 서비스
	노인돌봄종합서비스	-노인장기요양보험 등급외자 어르신의 사회경제 활동 지원	-방문서비스 -단기가사서비스 -치매환자가족지원서비스 -주간보호서비스
	성년후견인제도	-신뢰할 수 있는 사람과 후견 계약을 맺는 제도	-후견을 통해 법률행위(부동산 계약), 재산관리(통장 관리), 사회복지서비스 이용, 신상보호(병원 수술) 및 사회생활에서 필요한 사무처리를 지원
치매 연구	고령화대응 노화 및 치매연구	-치매 관련 연구를 통해 질적 수준 향상	-치매 관련 연구 수행 -현 시대적 상황에 맞는 정책 개발 등

자료 : 보건복지부(2015). 노인보건복지사업 안내 ; 김상우 외(2014) ; 보건복지부·중앙치매센터(2015). 헤아림 자료를 토대로 연구자가 정리

3. 치매관리사업 전달체계 현황

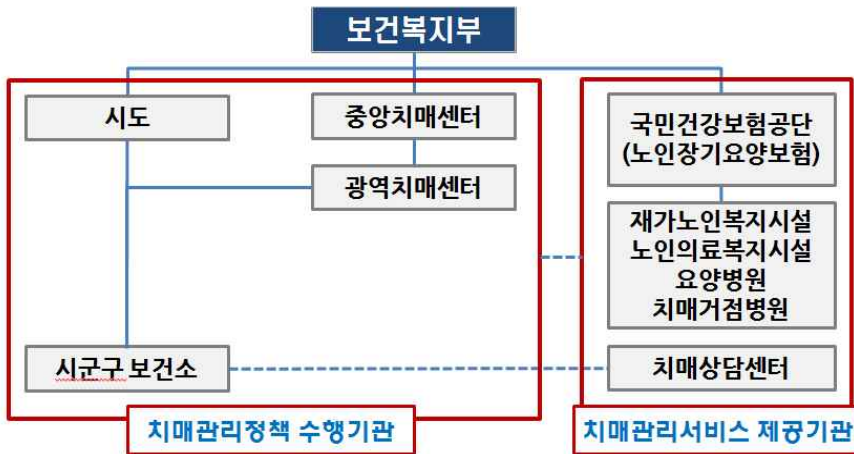
치매관리법 시행과 국가치매관리종합계획 수립 등으로 지역 내 치매관리 인프라의 필요성이 절실했다. 이에 보건복지부는 치매관리사업 전달체계를 구축하여 국가와 지역사회 치매관리사

업의 추진을 위한 기반을 확보하고자 하였다.

치매관리사업의 전달체계는 크게 치매관리정책 수행기관과 치매관리서비스 제공기관으로 나눌 수 있다. 치매관리정책 수행기관은 정책 수립 및 홍보, 치매에 대한 인식 전환 등 범차원적 치매관리에 초점을 두는 기관들을 말한다. 반면 치매관리서비스 제공기관은 치매관리정책 수행기관에서 수립한 정책들을 바탕으로 직접 치매 환자나 부양가족 등에게 치매관리 서비스를 제공하는 실행기관이다. 따라서 치매관리사업의 전달이 효과적으로 이루어지기 위해서는 치매관리정책 수행기관과 치매관리서비스 제공기관 간 연계체계는 물론, 상시 소통과 업무 협의가 필요할 것으로 여겨진다.

치매관리정책 수행기관에는 중앙의 보건복지부와 시·도, 중앙치매센터, 광역치매센터, 시군구 보건소가 있다. 그리고 치매관리서비스 제공기관으로는 국민건강보험공단, 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원, 치매거점병원, 치매상담센터 등이 있다.

〈그림 1〉 치매관리사업의 전달체계



자료: 국가예산정책처를 참고하여 연구자가 작성

4. 시사점

1, 2, 3차로 이어지는 치매관리종합계획은 치매관리서비스가 더 이상 시장을 중심으로 실시되는 것이 아닌 공공재의 성격으로 변화되고 있음을 보여준다. 치매에 걸린 환자들이 비용 전액을 지불하여 서비스를 받아야 하는 과거 시장재에서 중앙·지방 정부 차원에서 치매환자를 관리하고 치매의 치료를 지원하여 치매 환자와 치매환자의 가족이라면 누구나 그 서비스의 혜택을 받을 수 있는 공공재로서의 변화가 시작된 것이다. 이러한 변화는 치매관리에 있어 정부의 역할을 더욱 중요하게 함과 동시에 치매를 가장 가까이에서 예방, 관리, 치료할 수 있는 지역사회의 역할도 강조되게 된다.

지금까지 치매관리종합계획을 수립하고 시행해오면서 정부는 치매관리 인프라를 구성하기 위한 개입을 지속적으로 시도해 왔다. 그러한 노력의 결과로 치매관리사업의 전달체계의 큰 틀은 세워졌다. 그러나 아직 지역사회차원의 치매관리체계는 완성되지 못하였다. 지금까지 국가적 차원의 치매관리체계 구상에 초점을 두었다면, 이제는 지역사회 수준에서의 치매관리 체계 구축이 필요하다.

지역사회의 치매관리체계가 효율적으로 운영되기 위해서는 정부의 치매관리 사업 및 정책을 기반으로 하되, 지역사회에서 조금 더 비중을 두어 실시하여야 하는 기능적 분배가 필요할 것으로 여겨진다. 치매관리사업의 전달체계를 보면 구체적인 지역의 기능이 명확하지가 않다. 지역사회가 치매관리사업 모두를 다 수행할 수는 없다. 치매관리사업 중 중요한 몇 가지를 우선적으로 수행해 나가는 것이 효과적이며, 이것이 바로 중앙과 지역사회 간의 역할 분배가 될 것이다. 이러한 관점에서 앞서 살펴 본 현황들을 통해 치매관리기능을 도출해 보면, 치매 조기발견 및 예방, 치매 치료, 치매 관리, 치매 관리를 위한 인프라 구축, 가족지원 강화 및 인식 개선, 연구·통계 등으로 구분할 수 있을 것이다.

Ⅲ. 연구설계

1, 치매관리 기능요인 선정

치매관리 기능의 중요도를 고려한 지역사회 치매관리체계 마련이라는 본 조사연구목적을 달성하기 위해서는 먼저 치매관리기능을 선정하는 과정이 아주 중요하다. 본 연구에서는 1차적으로 선행연구를 통해 치매관리 기능요인을 도출하였으며,¹⁾ 2차적으로 정부에서 실시하고 있는 치매관리 현황을 통해 치매관리의 기능요인을 도출하였다²⁾. 그리고 3차적으로는 3차 치매관리계획 수립을 위한 사전연구에 사용된 요인³⁾을 참고하되 치매관리 현장의 실무자 검토를 통해 기능요인을 확정하였다.⁴⁾

3차에 걸쳐 1) 치매관리체계 구축, 2) 치매인식개선과 교육 확대, 3) 치매 예방 증진, 4) 치매노인 치료 지원, 5) 치매노인 관리 강화, 6) 치매 관련 조사·연구 강화 등 6대 분야를 측정지표로 선정하였다. 그리고 치매관리체계 구축은 5개의 하위요인, 치매인식 개선과 교육 확대는 4개, 치매 예방 증진은 3개, 치매노인 치료 지원은 3개, 치매노인 관리 강화는 5개, 치매 관련 조사·연구 강화는 3

-
- 1) 생활습관 관리, 치매지식 향상 교육, 부양자의 부양부담 감소를 위한 사회적 지지
 - 2) 치매 조기발견 및 예방, 치매 치료, 치매 관리, 치매 관리를 위한 인프라 구축, 가족지원 강화 및 인식 개선, 연구·통계
 - 3) 치매관리 인프라 및 협력체계 증진, 치매 인식 개선 및 교육 강화, 치매 예방 증진 및 진단 체계 구축, 적절한 치료제공 및 환자·가족지원 강화, 치매 관련 연구 지원 강화
 - 4) 광역치매센터와 보건소 치매 담당자들을 대상으로 검토를 요청하였음

개의 하위요인으로 측정항목을 구성하였다.

〈표 3〉 측정지표 및 측정항목

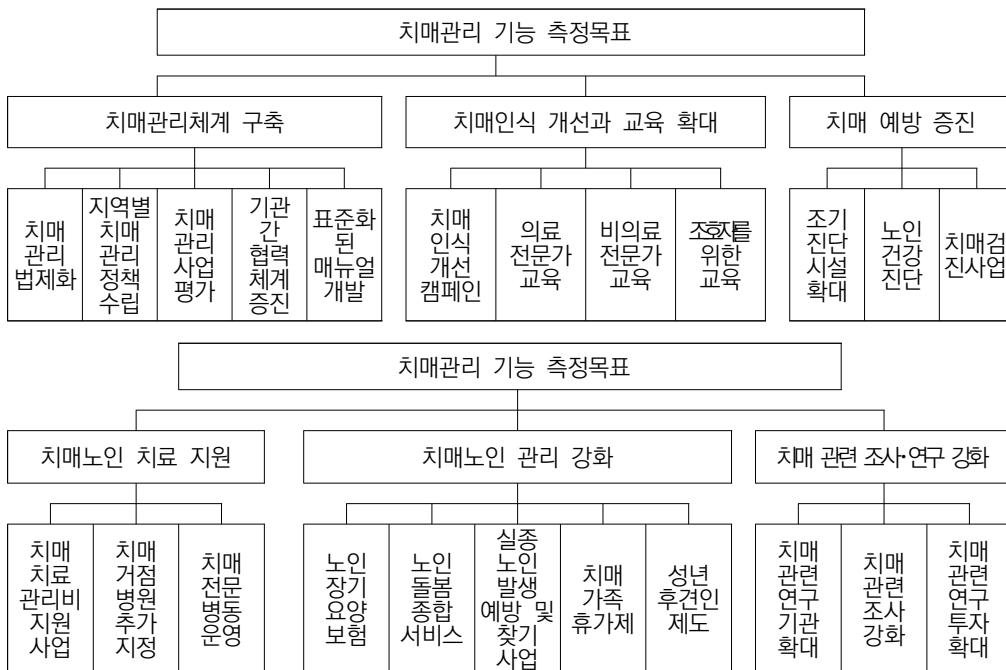
구분	측정지표 (치매관리기능)	측정항목
치매관리 기능 우선순위	치매관리체계 구축	치매관리 법제화 : 법, 정책 마련
		지역별 치매관리정책 수립 : 지역별 정책, 계획 수립
		치매관리사업 평가 : 사업 평가체계 마련
		표준화된 운영 매뉴얼 개발 : 치매관련 사업 내용 및 운영에 대한 전반적인 사항을 다 룬 책자 발간 등
		기관 간 협력체계 증진 : 치매관련 기관 간 협력 증진
	치매인식 개선과 교육 확대	치매인식개선 캠페인 : 치매인식 개선을 위한 캠페인 개최
		의료 전문가 교육 : 의료 전문가 치매 관리 교육
		비의료 전문가 교육 : 사회복지사 등 비의료 전문가 교육
		조호자를 위한 교육 : 치매가족을 위한 치매 관련 교육
	치매 예방 증진	조기진단 시설 확대 : 치매 선별, 조기진단 가능 시설 확대
		노인실명예방사업 : 정밀 안검진, 개안수술 등
		치매검진사업 : 선별검사, 진단검사, 감별검사 등 치매 조기 발견
	치매노인 치료 지원	치매 치료관리비 지원 사업 : 본인부담금 지원
		치매 거점 병원 추가 지정 : 치매 거점 병원 추가 확보
		치매전문병동 운영 : 치매환자를 비치매환자와 분리하여 효과적으로 치료·관리하고, 문제증상이 완화되면 퇴원하는 병동 운영
	치매노인 관리 강화	노인장기요양보험(5등급, 치매등급) : 장기요양보험 등급자 일상지원(시설급여, 재가 급여, 가족요양비 등)
		노인돌봄종합서비스 : 장기요양보험 등급에서 탈락된 등급외자 일상지원(방문서비스, 단기가사서비스, 주간보호서비스 등)
		실종노인 발생예방 및 찾기 사업 : 실종노인 접수 및 기관연계
		치매가족휴가제 : 간병으로 지친 가족들이 쉴 수 있도록 단기보호
		성년후견인제도 : 치매환자의 법률행위 등 사무처리 지원
치매 관련 조사·연구 강화	치매관련 연구기관 확대 : 치매관련 연구 수행기관 확대	
	치매관련 조사강화 : 치매관련 사전, 사후 조사 확대	
	치매관련 연구 투자 확대 : 치매관련 연구를 위한 투자 확대	

자료 : 보건복지부(2015). 노인보건복지사업 안내 ; 김상우 외(2014) ; 보건복지부·중앙치매센터(2015). 헤아림 자
료를 토대로 연구자가 정리

2. 계층화

본 연구에서 도출한 6개의 측정지표와 측정항목을 기능 지표로 구성하여 이 요소들에 대하여 계층적 의사결정기법인 이원비교 방식으로 설문지를 작성하였다. 평가요소 및 모형은 총 3계층 (제1계층: 측정목표 → 제2계층: 측정영역 → 제3계층: 세부측정 영역으로 구성하였다. 이를 도식화하면 다음과 같다.

〈그림 2〉 계층화



3. 자료수집과 분석방법

지역사회의 치매관리 기능의 중요도를 고려한 치매관리체계 마련이라는 본 조사연구목적 달 성하기 위해 상대적 중요도 분석에 사용될 자료수집과 분석을 위한 조사방법은 다음과 같다. 첫 째, 설문은 구성된 계층구조에 맞추어 요소간의 상호비교가 가능하도록 작성하며, 쌍대 비교는 9 점 척도로 제시하였다. 둘째, 계층적 의사결정기법을 활용한 우선순위 및 가중치 산정을 위해 치매관리에 관한 전문가를 대상으로 직접설문조사 방법을 실시하였다. 본 연구의 조사기간은 2016 년 3월 7일-3월 18일까지 약 10일 간 이루어 졌다. 본 연구에 참여한 설문대상자 응답자 중 개별 응답자의 일관성 지수(Consistency Ratio)가 20%이하의 불일치도(Inconsistency) 분석만을 포함하 였다. 분석 방법은 일관성 비율이 0.2 이하인 설문지를 최종 자료로 확정하여 이 자료만을 분석하 였는데, 상대적 중요도 분석(AHP)을 위한 프로그램으로는 Expert Choice 2000을 사용하여 상대적 가중치를 산정하고 우선순위를 도출하였다.

IV. AHP 실증분석 결과

1. 개요

이 조사는 치매관리 기능들 사이의 상대적 중요성 및 우선순위 분석을 위한 계층분석절차(AHP)로 설문조사는 전문가들을 중심으로 2016년 3월 7일-3월 18일까지 약 10일에 걸쳐 실시되었다. 설문지는 전체 60부 중에서 50부를 회수하여(회수율 83.3%), 일관성 비율이 0.2 이상인 8부를 기각하고 실제분석은 일관성 비율이 0.2미만인 42부를 대상으로 하였다. 42명의 조사자 중 성별은 여자가 81.0%, 남자가 19.0%로 여자가 대부분이었다. 연령별은 30대가 61.9%로 가장 많았고, 이어 40대가 21.4%, 20대가 9.5%, 50대가 7.1%였다. 조사자의 직업으로는 치매센터 종사자가 35.7%로 가장 많았으며, 다음으로는 보건과 복지 관련 공무원이 23.8%, 교수 또는 연구직이 14.3%, 사회복지 시설 및 기관 종사자와 보건 관련 시설 및 기관 종사자가 각각 11.9%를 차지하였다. 조사자가 소지한 자격증은 사회복지사 자격증이 40.5%로 가장 많았고, 이어 간호사가 28.6%, 작업치료사가 7.1%, 재활치료사와 요양보호사가 각각 4.8%였다. 치매 관련 기관에 종사하거나 치매에 관심을 가진 기간을 물어본 결과 조사자 중 38.1%가 3년 이상 5년 미만으로 가장 많았으며, 다음으로는 1년 이상 3년 미만이 28.6%, 1년 미만이 21.4%, 5년 이상 10년 미만이 9.5%, 10년 이상이 2.4%였다.

〈표 4〉 표본의 인구통계학적 특성

인구학적 특성	구분	빈도(명)	비율(%)
성별	남자	8	19.0
	여자	34	81.0
연령	20대	4	9.5
	30대	26	61.9
	40대	9	21.4
	50대	3	7.1
	기타	1	2.4
직업	공무원	10	23.8
	교수, 연구직	6	14.3
	치매센터(광역, 상담, 지원) 종사자	15	35.7
	사회복지 시설 및 기관 종사자	5	11.9
	보건 관련 시설 및 기관 종사자	5	11.9
자격증	간호사	12	28.6
	사회복지사	17	40.5
	작업치료사	3	7.1
	재활치료사	2	4.8
	요양보호사	2	4.8
	없음	3	7.1
	기타	3	7.1
	계	42	100
치매 관련 기관 종사 및 관심 기간	1년 미만	9	21.4
	1~3년 이하	12	28.6
	3~5년 이하	16	38.1
	5~10년 이하	4	9.5
	10년 이상	1	2.4
계	42	100	

2. 치매관리 기능요인의 상대적 중요도 분석

1) 측정지표의 우선순위 및 상대적 중요도 분석결과

치매 관리 기능의 여섯 가지 측정영역인 치매관리체계 구축, 치매인식 개선과 교육 확대, 치매 예방 증진, 치매노인 치료 지원, 치매노인 관리 강화, 치매 관련 조사·연구 강화에 대한 상대적 중요도와 우선순위 측정결과 <표 5>와 같이 치매노인 관리 강화(.242) → 치매노인 치료 지원(.222) → 치매관리 체계 구축(.178) → 치매 예방 증진(.171) → 치매인식 개선과 교육 확대(.104) → 치매 관련 조사·연구 강화(.084) 순으로 나타났다. 이것은 현재 치매 관리 환경에서는 치매 관리 기능 중 ‘치매노인 관리 강화’ 기능이 가장 중요하다는 것을 보여주고 있다.

치매 관리 기능의 우선순위에서, 치매 예방 증진이 치매노인 관리와 치료 지원보다 상대적 중요성이 비교적 낮게 측정되었는데, 이는 현재 치매를 둘러싼 보건복지 환경에서 치매 예방에 대한 인프라와 체계는 어느 정도 구축이 되어 있고, 급속한 고령화에 따른 치매 환자 유병률의 증가가 치매 예방 보다는 치매 관리와 치료에 중점을 두어야 하는 상황으로 전문가들이 판단하고 있음을 알 수 있다. 즉, 현재 치매 관리 환경에서는 치매 관리와 치료에 대한 지원이 상대적으로 보완되어야 함을 말한다고 할 수 있다.

〈표 5〉 치매 관리 기능의 우선순위

평가영역	치매관리체계 구축	치매인식 개선과 교육 확대	치매 예방 증진	치매노인 치료 지원	치매노인 관리 강화	치매 관련 조사·연구 강화	CR
상대적 중요도 (가중치)	0.178	0.104	0.171	0.222	0.242	0.084	0.00
우선순위	3순위	5순위	4순위	2순위	1순위	6순위	

2) 측정항목의 우선순위 및 상대적 중요도 분석결과

첫째, 치매 관리 기능의 치매관리 체계 구축 지표의 경우 상대적 중요도와 우선순위는 표준화된 매뉴얼 개발(.315), 기관 간 협력체계 증진(.241), 치매관리 법제화(.202), 지역별 치매관리정책 수립(.145), 치매관리사업 평가(.098) 순으로 조사되었다. 이 측정결과는 치매관리 체계 구축 지표의 측정항목의 경우 ‘표준화된 매뉴얼 개발’이 상대적으로 중요함을 의미한다.

둘째, 치매인식 개선과 교육 확대 지표의 경우 상대적 중요도와 우선순위는 조호자를 위한 교육(.383), 치매인식개선 캠페인(.231), 비의료 전문가 교육(.203), 의료 전문가 교육(.182) 순으로 나타났다. 이 측정결과는 치매인식 개선과 교육 확대 지표의 측정항목의 경우 ‘조호자를 위한 교육’이 상대적으로 중요함을 의미한다.

셋째, 치매 예방 증진 지표의 경우 상대적 중요도와 우선순위는 조기진단 시설 확대(.443), 치매

검진사업(.398), 노인건강진단(.159)의 순으로 나타났다. 이 측정결과는 치매 예방 증진 지표의 측정항목의 경우 '조기진단 시설 확대'가 상대적으로 중요함을 의미한다.

넷째, 치매노인 치료 지원 지표의 경우 상대적 중요도와 우선순위는 치매 치료관리비 지원 사업(.406), 치매전문병동 운영(.350), 치매 거점 병원 추가 지정(.244) 순으로 나타났다. 이 측정결과는 치매노인 치료 지원 지표의 측정항목의 경우 '치매 치료관리비 지원 사업'이 상대적으로 중요함을 의미한다.

다섯째, 치매노인 관리 강화 지표의 경우 상대적 중요도와 우선순위는 노인장기요양보험의 치매등급(.303), 노인돌봄종합서비스(.244), 실종노인 발생예방 및 찾기 사업(.191), 치매가족휴가제(.152), 성년후견인제도(.109) 순으로 나타났다. 이 측정결과는 치매노인 관리 강화의 측정항목의 경우 '노인장기요양보험의 치매등급'이 상대적으로 중요함을 의미한다.

여섯째, 치매 관련 조사·연구 강화에 대한 지표의 경우 상대적 중요도와 우선순위는 치매관련 연구 투자 확대(.426), 치매관련 조사 강화(.312), 치매관련 연구기관 확대(.261) 순으로 나타났다. 이 측정결과는 치매 관련 조사·연구 강화의 측정항목의 경우 '치매관련 연구 투자 확대'가 상대적으로 중요함을 의미한다.

〈표 6〉 치매관리체계 구축 항목의 우선순위

측정지표	측정항목	가중치	우선순위	CR
치매관리체계 구축 (0.178)	치매관리 법제화	0.202	3순위	0.00
	지역별 치매관리정책 수립	0.145	4순위	
	치매관리사업 평가	0.098	5순위	
	기관 간 협력체계 증진	0.241	2순위	
	표준화된 매뉴얼 개발	0.315	1순위	
치매인식 개선과 교육 확대 (0.104)	치매인식개선 캠페인	0.231	2순위	0.00
	의료 전문가 교육	0.182	4순위	
	비의료 전문가 교육	0.203	3순위	
치매 예방 증진 (0.171)	조기진단 시설 확대	0.443	1순위	0.00
	노인건강진단	0.159	3순위	
	치매검진사업	0.398	2순위	
치매노인 치료 지원 (0.222)	치매 치료관리비 지원 사업	0.406	1순위	0.00
	치매 거점 병원 추가 지정	0.244	3순위	
	치매전문병동 운영	0.350	2순위	
치매노인 관리 강화 (0.242)	노인장기요양보험(5등급 치매등급)	0.303	1순위	0.00
	노인돌봄종합서비스	0.244	2순위	
	실종노인 발생예방 및 찾기 사업	0.191	3순위	
	치매가족휴가제	0.152	4순위	
	성년후견인제도	0.109	5순위	
치매 관련 조사·연구 강화 (0.084)	치매관련 연구기관 확대	0.261	3순위	0.00
	치매관련 조사 강화	0.312	2순위	
	치매관련 연구 투자 확대	0.426	1순위	

3) 측정지표의 상대적 가중치 비교

측정지표의 상대적 가중치를 비교하여 보면, 치매관리 체계 구축은 치매인식 개선과 교육 확대보다 1.51718, 치매 예방 증진 보다 1.02263, 치매 관련 조사·연구 강화보다 2.15987배 중요하다고 생각하지만 치매노인 치료 지원보다는 1.19529배 덜 중요하고, 치매노인 관리 강화보다는 1.24365배 덜 중요하다고 생각하는 것으로 평가되었다. 치매인식 개선과 교육 확대는 치매 관련 조사·연구 강화보다는 1.26996배 중요하다고 평가되지만, 치매 예방 증진보다는 1.68325배, 치매노인 치료 지원보다는 2.37709배, 치매노인 관리 강화보다는 2.41408배 덜 중요하다고 생각하는 것으로 분석되었다. 치매 예방 증진은 치매 관련 조사·연구 강화보다는 2.03028배 중요하다고 생각하는 것으로 나타났지만, 치매노인 치료 지원보다는 1.25254배, 치매노인 관리 강화보다는 1.52217배 덜 중요한 것으로 나타났다. 치매노인 치료 지원은 치매 관련 조사·연구 강화보다는 2.42153배 중요하지만, 치매노인 관리 강화보다는 1.01535배 덜 중요한 것으로 나타났고, 치매노인 관리 강화는 치매 관련 조사·연구 강화보다 3.04810배 중요한 것으로 분석되었다.

〈표 7〉 치매 관리 기능 측정지표 AHP 분석(CR: 0.01)

	치매관리 체계 구축	치매인식 개선과 교육 확대	치매 예방 증진	치매노인 치료 지원	치매노인 관리 강화	치매 관련 조사·연구 강화
치매관리 체계 구축		1.51718	1.02263	1.19529	1.24365	2.15987
치매인식 개선과 교육 확대			1.68325	2.37709	2.41408	1.26996
치매 예방 증진				1.25254	1.52217	2.03028
치매노인 치료 지원					1.01535	2.42153
치매노인 관리 강화						3.04810
치매 관련 조사·연구 강화						

4) 치매관리 기능요인의 종합가중치 및 순위

치매관리기능의 전체 측정항목들 간의 상대적 우선순위 및 복합 가중치의 분석에서 상대적으로 상위의 우선순위 측정항목들은 치매 치료관리비 지원 사업(.090132), 치매전문병동 운영 (.077700), 조기진단 시설 확대(.075753), 노인장기요양보험(5등급, 치매등급)(.073326), 치매검진 사업(.068058), 노인돌봄종합서비스(.059048), 표준화된 운영 매뉴얼 개발(.056070), 치매 거점 병원 추가 지정(.054168), 실종노인 발생예방 및 찾기 사업(.046222), 기관 간 협력체계 증진 (.042898), 조호자를 위한 교육(.039832) 였다.

또한 상대적으로 하위의 우선순위 측정항목들은 치매가족휴가제(.036784), 치매관리 법제화(.035956), 치매관련 연구 투자 확대(.035784), 노인건강진단(.027189), 성년후견인제도(.026378), 치매관련 조사강화(.026208), 지역별 치매관리정책 수립(.025810), 치매인식개선 캠페인(.024024), 치매관련 연구기관 확대(.021924), 비의료 전문가 교육(.021112), 의료 전문가 교육(.018928), 치매관리사업 평가(.017444)였다.

〈표 8〉 치매관리 기능에 대한 측정항목의 상대적 중요도 및 우선순위(CR : 0.00)

측정지표	측정항목	가중치	우선 순위	복합 가중치	전체항목 우선순위
치매관리 체계 구축 (0.178)	치매관리 법제화	0.202	3순위	0.035956	13순위
	지역별 치매관리정책 수립	0.145	4순위	0.025810	18순위
	치매관리사업 평가	0.098	5순위	0.017444	23순위
	기관 간 협력체계 증진	0.241	2순위	0.042898	10순위
	표준화된 운영 매뉴얼 개발	0.315	1순위	0.056070	7순위
치매인식 개선과 교육 확대 (0.104)	치매인식개선 캠페인	0.231	2순위	0.024024	19순위
	의료 전문가 교육	0.182	4순위	0.018928	22순위
	비의료 전문가 교육	0.203	3순위	0.021112	21순위
	조호자를 위한 교육	0.383	1순위	0.039832	11순위
치매 예방 증진 (0.171)	조기진단 시설 확대	0.443	1순위	0.075753	3순위
	노인건강진단	0.159	3순위	0.027189	15순위
	치매검진사업	0.398	2순위	0.068058	5순위
치매노인 치료 지원 (0.222)	치매 치료관리비 지원 사업	0.406	1순위	0.090132	1순위
	치매 거점 병원 추가 지정	0.244	3순위	0.054168	8순위
	치매전문병동 운영	0.350	2순위	0.077700	2순위
치매노인 관리 강화 (0.242)	노인장기요양보험(5등급, 치매등급)	0.303	1순위	0.073326	4순위
	노인돌봄종합서비스	0.244	2순위	0.059048	6순위
	실종노인 발생예방 및 찾기 사업	0.191	3순위	0.046222	9순위
	치매가족휴가제	0.152	4순위	0.036784	12순위
	성년후견인제도	0.109	5순위	0.026378	16순위
치매 관련 조사·연구 강화 (0.084)	치매관련 연구기관 확대	0.261	3순위	0.021924	20순위
	치매관련 조사강화	0.312	2순위	0.026208	17순위
	치매관련 연구 투자 확대	0.426	1순위	0.035784	14순위

V. 지역사회 치매관리체계 구축과 운영 방안

지역사회의 치매관리체계를 구축하기 위해서는 치매관리체계의 요건인 법·제도 기반 마련과 역할의 명확화, 맞춤형 서비스 제공이 필요하다. 본 연구에서는 치매관리체계의 요건을 갖추기 위

해서 치매관리기능 요인들 중 무엇이 우선적으로 필요한지를 AHP 기법을 통해 확인하였다. 그 결과 치매관리기능의 전체 측정항목들 간의 상대적 우선순위 및 복합 가중치의 분석에서 치매 치료 관리비 지원 사업(1순위), 치매전문병동 운영(2순위), 조기진단 시설 확대(3순위), 노인장기요양보험(5등급 치매등급)(4순위), 치매검진사업(5순위), 노인돌봄종합서비스(6순위), 표준화된 운영 매뉴얼 개발(7순위), 치매 거점 병원 추가 지정(8순위), 실종노인 발생예방 및 찾기 사업(9순위), 기관 간 협력체계 증진(10순위)이 상대적으로 높았다. 상대적으로 중요하게 여겨지는 사안들을 바탕으로 지역사회 치매관리체계 구축과 운영을 위한 몇 가지 정책을 제안하고자 한다.

1. 법·제도 정착을 위한 지역사회 차원의 지원 확대

치매노인을 효과적으로 관리하기 위해서는 지역사회의 모든 자원 간의 연계와 지원이 필요하다. AHP 분석 결과를 통해 치매관리비 지원과 치매병동 운영, 치매등급 활성화를 위한 지원, 치매 거점병원 추가 지정을 위한 지원 등이 우선적으로 필요함을 알 수 있었다. 여러 가지 사안은 현재 정부의 3차 국가치매관리종합계획의 사업이다. 따라서 여러 가지 사안을 해결한다는 것은 결국 정부의 제도를 지역사회에 정착하는 것을 뜻한다.

먼저 치매관리비 지원은 1순위로 측정되었듯이 치매관리에 있어 가장 체감도를 높일 수 있는 사업이라 할 수 있다. 현재 보건소에서는 치매 검사비용을 지원하고, 검사 후 치매 등급을 받으면 약제비를 지원하고 있다. 그러나 일정액 이하의 소득 수준인 사람들만 지원하다 보니 지원의 폭이 한정적이고 시민들의 체감도도 낮다. 치매는 누구나 걸릴 수 있는 질병이고, 언제 어떻게 발병할지 모른다는 측면에서 치매에 대한 시민들의 불안감이 아주 크다. 이번 제3차 치매관리종합계획에서는 건강보험 수가를 신설하여 이러한 불안을 조금은 잠식시킬 수 있을지 모르겠으나, 치매관리의 비용적 측면에 있어 근본적인 해결책이 되기에는 한계가 있다. 그러므로 치매관리비가 많이 지출되는 사람들에게 더 많은 금액을 지원하여 실질적인 비용 부담을 줄이는 선택과 집중적 방안도 강구해 볼 필요가 있다. 보편적 지원이 어렵다면, 꼭 필요한 사람에게 도움이 되는 방안이 효과적일 수도 있다는 것이다.

다음으로 치매전문병동 운영을 위한 지역사회의 지원이 필요하다. 치매전문병동 운영은 AHP 분석 결과 2순위 항목으로, 치매 치료를 위한 전문화된 환경의 중요성을 확인할 수 있었다. 그러나 치매전문병동 운영을 위해서는 병동 운영 전, 치매환자들의 치료를 위한 병원시설의 개·보수가 필요하다. 병원 자체의 경비를 들여 병원 환경 조성을 하는 것은 실질적으로 어렵다. 그러므로 치매전문병동 운영을 확대할 수 있도록 지역사회 차원의 적극적인 환경조성 지원은 물론 전문병동을 우수하게 운영할 시 인센티브를 제공하는 동기부여 및 성과에 대한 보상 정책을 마련하여 치매전문병동 운영을 유도하여야 한다.

노인장기요양보험의 5등급인 치매등급의 활성화는 AHP 분석 결과 4순위로 나타났다. 2014년 7월 1일부터 노인장기요양보험이 개편되면서 현행 3등급을 3등급과 4등급으로 세분화하고 장기요양 5등급(치매특별등급)이 신설되었는데, 이 치매특별등급은 그동안 인지기능 장애와 문제행동이

발견되지만 비교적 양호한 신체기능으로 인해 노인장기요양 서비스를 받을 수 없었던 경증 치매 환자 중 일상생활 수행에 어려움을 겪는 노인을 대상으로 한 등급이다. 현재 치매등급은 인지자극이 주된 서비스로 일상생활 가사지원에 있어서는 부족한 부분이 있다. 즉, 1, 2, 3등급을 받은 노인들 중 치매가 있다 할지라도 5등급을 받지 않으려는 기피현상이 나타나는 등 정책의 역기능이 유발되고 있는 것이다. 그러므로 5등급 치매등급의 본 목적을 위해서는 서비스 시간의 일정부분에 가사지원이 가능하게 하여 5등급 속에 1, 2, 3등급의 서비스가 일부 포함될 수 있도록 제도를 변경할 필요가 있다. 그러나 이 부분은 지역사회의 힘만으로는 실현하기 어렵다. 제도의 일부를 수정하는 것으로 중앙정부의 결정이 있어야 한다. 그러므로 지역사회에서는 이 제도 수행에 있어 애로사항과 문제점을 중앙에 알리는 정책결정에 있어 참여자의 역할을 하는 것이 바람직하다.

마지막으로 치매거점병원 추가 지정은 AHP 분석 결과 8순위였는데, 치매거점병원 추가 지정을 위해서는 민간기관과의 협업을 위한 지자체의 노력이 필요하다. 치매거점병원은 국가에서 지정하는 것이나, 대부분의 치매거점병원은 공립병원에서 지정되며 지자체가 공립병원을 지원한다는 점에서 치매거점병원 지정을 위한 지자체의 역할이 중요하다. 즉, 공립병원 지원 시 치매환자치료와 무료치매 검진사업의 기능을 담당할 수 있는 치매거점병원으로써의 역할에 대한 지원정책이 요구된다.

지금까지 치매관리 정책과 사업은 정부가 중심이 되어 왔다. 치매는 지역사회의 역할이 중요한 질병이다. 그러므로 정부의 정책과 사업을 기본 틀로 하되, 지역사회만의 치매관리가 필요하다. 이를 위해서는 지자체의 관심과 지원이 뒷받침되어야 한다.

2. 역할의 명확화를 위한 서비스 전달체계 정비

현재 우리나라의 치매관리 전달체계는 기관, 인력, 시설, 서비스 등이 분산되어 있고 이를 통합적으로 관리하는 기관이 없어 서비스가 분산되어 실시되고 있다. 또한 서로의 정보를 공유하는 기회나 네트워크가 전무하여 서비스가 중복 제공되거나, 서비스가 실제로 필요한 사람도 서비스를 받지 못하는 사각지대가 존재하게 된다. 그 결과 서비스는 행정기관이나 서비스 기관들의 담당자들의 편이나 판단에 의해 공급자 중심으로 서비스가 제공되고 있으며, 이것은 수요자들의 접근성을 저해시킴은 물론 욕구에 적극적으로 대응할 수 없다.

특히 치매는 보건서비스와 복지서비스를 동시에 필요로 하는 질병인 만큼 두 분야 기관 간의 연계가 중요하다. 그러나 이 두 분야는 각각의 전달체계와 전담부서의 상이함으로 연계에 어려움이 있으며, 치매라는 공통 분모로 이들을 연결시킬 주체적인 기관도 없는 실정이다. 지역사회는 치매환자가 그 지역 내에서 안전하게 관리되고, 치료할 수 있게 하여야 한다. 치매환자 관리에서 지역사회의 역할이 더 중요해 진 것도 바로 치매환자에 대한 접근성이 높은 측면과 지역사회 내의 인적, 물적 자원의 연계가 효과적이라는 점 때문이다. 그러므로 지역사회는 이러한 특징을 살려 지역사회의 자원을 최대한 활용하고, 자원 간 연계를 활성화할 수 있는 방안을 강구하여야 한다.

중앙과 지방정부 간의 역할, 기관 간의 역할을 명확하게 하기 위해서는 각자의 서비스 수행 능

력과 기능을 고려한 서비스 전달체계의 정비가 필요하다. 전달체계의 정비는 서비스 제공의 측면과 기관 운영의 측면으로 나누어 볼 수 있는데, 치매관리의 서비스 제공적 측면에서는 노인돌봄종합서비스에 대한 전달체계 정비가 필요하다. AHP 분석 결과, 노인돌봄종합서비스 기능이 6위로 나타난 것처럼 지역사회는 노인장기요양보험의 등급외자들을 적극적으로 관리할 필요가 있다. 등급외자들은 추후 노인장기요양보험의 이용가능자들임과 동시에 치매 유병위험자들이기도 하다. 그러므로 이들의 관리는 치매예방에 상당히 중요하다. 따라서 이들을 체계적으로 관리하고, 치매가 유병하지 않도록 예방할 수 있는 체계를 구성하여 우리나라의 치매유병률이 높아지는 것을 사전에 방지할 필요가 있다. 등급외자는 현재 국민건강보험공단에서 지자체로 통보가 가며, 지자체에서는 사회복지과가 그 통보를 회신하고 사회복지과 산하 복지관에서 이들을 대상으로 한 서비스를 제공하고 있다. 노인돌봄종합서비스를 통해 이들의 일상생활 지원은 일부 해결되나, 이들 또한 건강이 완전한 상태는 아니므로 보건의료 서비스가 제공되면 좋을 것으로 판단된다. 그러나 현재 체계로는 보건소에서 이들의 명단을 알 수가 없으므로 만성질환 관리나 치매예방 서비스 등 보건의료서비스를 제공할 수 없다. 따라서 노인장기요양보험의 등급탈락 시 이를 사회복지과와 건강증진과 등에 동시에 알리거나, 사회복지관에서 보건의료서비스가 필요한 사람을 적극 보건소에 연계할 수 있는 체계를 구축하는 등 국민건강보험공단과, 지자체의 사회복지과, 건강증진과, 복지관 등의 각자의 역할 재분배가 필요할 것으로 여겨진다.

치매관리 관련 기관의 운영적 측면에서는 치매관리사업의 수행기관들의 체계적인 운영을 위한 치매관리사업의 표준화된 매뉴얼 개발이 필요하다. 표준화된 운영 매뉴얼 개발은 AHP 분석 결과 7순위였다. 보건복지부에서는 노인보건복지사업에 대한 안내서 등을 제작하여 관련 사업을 수행하고 있는 전문가들에게는 표준화된 매뉴얼로 적용하고, 시민들에게는 사업의 알권리를 충족시키고 있다. 그러나 아직 치매 관리에 대한 명확한 매뉴얼이나 사업 안내서가 없다. 명확한 지침 부재로 치매 관련 기관들의 역할을 혼란스럽게 하여 기관을 운영하는데 어려움을 유발한다. 그러므로 치매 관리를 위한 표준화된 매뉴얼을 개발하고, 치매 보건소 및 관련 기관 직원에 대한 지침 교육이 필요하다. 훌륭한 정책이나 제도가 있다 할지라도 이를 전달하는 인력이 전문적이지 못하면 서비스의 질은 떨어지게 된다. 그러므로 치매환자에게 적합한 인지재활기술이나 생활운동 등을 하기 위해서는 현재 치매관리를 하고 있는 담당자들의 지속적인 교육이 필요하고, 증가하는 치매환자의 수에 비례하여 전문 인력의 확보도 시급하다.

전체적인 서비스 전달체계가 효과적으로 운영되기 위해서는 이들의 증추적인 역할을 하는 기관을 선정하는 것도 하나의 방법이다. 현재 지역사회 차원에서 치매관리 업무를 하고 있는 대표적인 곳이 광역치매센터이다. 그러나 광역치매센터는 중앙의 사업을 수행하고 있으나, 지자체의 감독을 받는 이중적 구조를 띄고 있다. 그러므로 광역치매센터를 총괄기관으로 하여 치매전달체계를 관리하고 운영할 수 있는 권한을 부여하는 방안도 있을 것이다. 관련 기관 간의 연계체계가 제대로 마련되지 않은 상황에서 기관이나 서비스의 수만 확대한다면 이것은 치매환자나 치매가족을 더욱 혼란스럽게 할 뿐 아니라 서비스 제공까지의 절차가 복잡하게 된다. 그러므로 현재의 체계에서 추가하여야 할 사항들을 체크하고 필요없는 절차는 과감히 생략하여 안정적인 수요와 공급이

이루어질 수 있는 체계를 만드는 것이 가장 효율적이다.

3. 맞춤형 서비스 제공을 위한 민·관 파트너십 확대

치매환자는 일반노인들과 달리 단순히 보호적 차원에서만 접근해서는 안 된다. 치매환자는 보호서비스와 동시에 일상생활 지원과 보건, 의료, 상담, 재활 등 다양하고 차별적인 서비스가 통합적으로 제공되어야 한다. 특히 치매환자는 배회와 방황, 우울, 폭력 등 각종 사고에 노출될 수 있기 때문에 24시간 보호와 지원이 필요하다. 그러므로 이들을 지속적으로 보호할 수 있는 보호서비스와 인지 기능을 재활시킬 수 있는 다양한 프로그램들이 필요하다. 그러나 이 모든 서비스들을 공공에서 다 해결할 수는 없다. 지방정부의 지원은 반드시 필요하나, 치매환자가 다양한 서비스를 접할 기회를 만들기 위해서는 많은 민간 기관들을 연계하는 것이 보다 효율적이다.

조기진단 시설(3순위)과 치매검진사업 확대(5순위)도 마찬가지이다. 이는 치매를 예방하고 진단하는 과정에 필요한 것으로 공공이 모든 환자를 다 수용하기에는 한계가 있다. 그러므로 민간과 공공 간의 연계·협력이 필요하며, 기관 간 협력체계 증진(10순위)은 결국 치매환자 및 가족들에게 맞춤형 서비스를 제공할 수 있는 기회를 향상시킨다. 보건소에서 실시하고 있는 조기진단과 치매검진사업을 민간 병원으로 확대하면 시민들의 접근성을 향상시킬 수 있다.

그러므로 민간기관과의 거버넌스 구축은 필수조건이며, 치매관련 민간과의 협력적 관계를 통해 장기요양보험사업이나 노인돌봄종합서비스, 실종노인 발생예방 및 찾기 사업 등에 대한 협력체계 증진이 요구된다. 이를 위해 지자체에서는 민간기관에서 기꺼이 참여할 수 있는 기회를 마련함은 물론이고, 치매관리 사업에 적극 참여하는 민간기관에 인센티브를 주는 방안도 고려해 볼 필요가 있다.

실종노인(9순위)을 위한 서비스도 마찬가지이다. 실종노인은 서비스를 제공하는 기관만으로 이들을 관리할 수 없다. 실종노인을 찾기 위한 기관 간 네트워크 구축은 물론이고 일시보호소 마련이 필요하다. 실종노인 발생예방 및 찾기 사업은 현재 보건소에서 실종노인을 찾기 위한 사업을 지원하고 있으나, 실종노인을 찾는 과정의 신속성이 부족하다. 실종노인을 빨리 찾기 위해서는 보다 많은 기관들 간의 소통이 필요하며, 이를 위해서는 경찰서, 보건복지기관, 민간기관 들 간의 연계 협력 및 네트워크 구축이 반드시 선행되어야 한다. 또한 실종노인을 찾은 후 보호할 수 있는 일시보호소가 거의 없는 것은 상당히 심각한 문제이다. 실종노인을 찾은 후, 이들을 안전하게 보호자에게 인도하기 위한 조치가 제대로 되어 있지 않은 것은 재실종을 유발할 수 있는 위험이 있으므로 이들을 안전하게 보호할 수 있는 장소마련이 시급하다.

이에 본 연구는 선행연구와 현황분석, 실무자들의 검토를 통해 치매관리의 기능 요인을 도출하고, 기능 요인 중 지역사회가 치매관리체계 구축 및 운영을 위해 어떠한 기능을 우선적으로 수행하여야 하는지 AHP(Analytic Hierarchy Process) 분석을 통해 우선순위를 도출하였다. 그 결과 치매노인의 예방과 치료보다는 관리 기능에 더 초점을 두어야 함을 확인할 수 있었고, 분석 결과를 바탕으로 법·제도 정착을 위해서는 치매관리비 지원, 치매병동 운영, 치매등급 활성화, 치매거점

병원 추가 지정을 위한 지역사회 차원의 지원이 확대되어야 함을 알 수 있었다. 그리고 역할의 명확화를 위해서는 노인돌봄종합서비스 전달체계 정비 및 치매관리사업의 표준화된 매뉴얼 개발을 통한 서비스 전달체계를 정비할 필요가 있으며 맞춤형 서비스 제공을 위해서는 민·관 파트너십을 강화하여야 함을 제언하였다.

VI. 결론

우리나라는 급속한 인구의 고령화를 경험하고 있으며, 늘어나는 고령인구와 함께 치매유병률도 갈수록 증가하고 있다. 과거에는 치매 환자들의 치료를 중심으로 한 국가적 서비스가 이루어졌으나, 이제는 증가하는 치매환자의 치료에만 집중할 경우 사회적 자본의 고갈을 막을 수 없는 실정이다. 이에 정부는 치매 예방 및 관리에 초점을 두고 있으며, 여기서 관리는 치매 예방과 진단, 치료, 발병 후 관리 등 치매환자에 대한 전 과정에 걸친 서비스를 말한다.

치매는 신체적, 인지적 기능의 저하로 치매환자 본인에게도 불편함을 안겨주는 질병이나, 치매환자를 부양하는 가족들의 어려움이 더 크다고도 할 수 있다. 치매는 장기적으로 케어해야 하기 때문이다. 이런 사유로 치매로 인한 가족의 갈등이 생기거나 노인학대로 이어지는 등 사회문제를 초래하기도 한다. 이에 사회문제를 예방하기 위한 정부의 치매관리가 필요한데 치매환자는 지역사회 내에서 적절한 보호를 받고, 치매환자의 가족은 치매환자의 부양에 대한 부담을 감소하고, 부양으로 인한 문제가 생기지 않도록 하는 환자와 가족, 양방향으로 지원할 수 있는 체계가 필요하다. 이를 위해서는 환자와 가족의 가장 가까운 지역사회가 주축이 되는 것이 효율적이며, 지역사회 중심의 치매관리체계는 지역사회 내 자원을 비교적 연계하기 쉽다는 점에서 더 효율적이라 판단된다.

치매환자와 환자가족을 위한 지역사회 치매관리체계는 지역사회 차원의 적극적인 지원이 필요하며 지금의 서비스 전달체계 중 필요한 것은 추가하고, 필요없는 것은 과감히 삭제하는 재정비 과정이 필요하다. 또한 지역사회의 자원을 연계하여 효율적인 서비스를 제공할 수 있도록 치매관리의 전담기관인 광역치매센터를 주축으로 하는 민·관 파트너십 확대가 필요하다. 이를 통해 치매환자와 치매환자 가족의 어려움을 해결하고 삶의 질을 높이며, 치매유병률을 낮출 수 있는 효율적인 치매관리체계가 구축될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 고숙정·신성희. (2013). “치매지식, 자기효능감 및 우울이 노인부부의 치매예방행위에 미치는 영향 - 커플관계자료 분석방법적용”, 『Journal of Korean Academy of Nursing』, 43(2) :

276-286.

- 김강립 외 7인. (2012). 「보건산업론」, 파주: 수문사.
- 김기웅 외. (2014). 「제3차 국가치매관리종합계획 수립을 위한 사전기획연구」. 분당서울대학교병원.
- 김상우·이채정. (2014). 「치매관리사업의 현황과 개선과제」. 국회예산정책처.
- 김성민 외. (2014). “60세 이상 성인의 치매 관련 영향요인 - 지역사회 기반 단면연구”. 「Journal of Korean Academy of Nursing」, 44(4) : 391-397.
- 김순양. (2006). “지방정부 치매노인 복지서비스 공급체계의 효율화 방안 : 복지다원주의 관점에서”. 「사회복지정책」, 24 : 143-172.
- 김정순 외. (2004). “한국형 치매환자 관리모형 개발”. 「지역사회간호학회지」, 15(3) : 450-459.
- 김준길. (2011). “간호사가 인지한 치매노인 돌봄행위의 중요도 및 영향요인”, 「성인간호학회지」, 23(2) : 160-169.
- 김태유. (2012). “치매 질환과 치매 노인에 대한 올바른 이해”, 「한국재활심리학회 연수회」, 2012.1 : 267-276.
- 박세정·고수현. (2008). “치매 노인의 삶의 질 향상에 관한 연구”, 「복지행정논총」, 18(2) : 115-142.
- 부산광역시치매센터. (2015). 「광역시치매관리를 위한 추진전략 및 발전방향」. 제2회 부산광역시 광역치매센터 치매관리 심포지엄 자료집.
- 법제처. 「치매관리법」.
- 법제처. 「지자체별 치매관련 조례」.
- 보건복지부. (2008). 내부자료. 「치매종합관리대책」.
- 보건복지부. (2012). 내부자료. 「제2차 국가치매관리종합계획」.
- 보건복지부. (2013). 내부자료. 「광역시치매센터 운영지침」.
- 보건복지부. (2015). 「제3차 국가치매관리종합계획」
- 보건복지부. (2015). 「노인보건복지사업안내」.
- 보건복지부. (2015). 「건강생활지원센터 사업안내」.
- 보건복지부·중앙치매센터. (2015). 「치매 알짜정보 : 헤아림」.
- 서경현·안우리. (2009). “치매환자 부양 스트레스와 스트레스 반응, 신체건강 및 정신건강 - 자기 효능감의 조절효과를 중심으로”. 「스트레스研究」, 17(2) : 111-120.
- 성미라·이명선·이동영·장혜영. (2013). “재가 치매 노인환자를 돌보는 가족원의 극복 경험”, Journal of Korean Academy of Nursing, 43(3) : 389-398.
- 손현숙·박세정. (2007). “치매노인의 삶의 질에 관한 연구”, 복지행정논총, 17(1) : 153-176.
- 송미령·이용비·천숙희. (2010). “포커스그룹 인터뷰를 통한 치매노인 가족수발자의 휴식에 대한 의미분석”, 「Journal of Korean Academy of Nursing」, 40(4) : 482-492.
- 시·도 광역치매센터 홈페이지.
- 신권철. (2013). “성년후견제도의 쟁점과 과제 : 답습과 극복”, 「사회보장법연구」, 2013. 12 : 39-88.

- 양봉민 외 3인. (2015). 「보건경제학」, 파주: 나남.
- 오영희. (2009). “노인의 치매실태와 대책”, 「한국보건사회연구원 Issue & Focus」, 17 : 1-8.
- 원시연. (2013). “국가치매관리정책의 문제점 및 개선과제”. 국회입법조사처. 「이슈와 논점」, 제 715호.
- 윤은기 (2015). “보건산업 육성과 발전 전략에 관한 담론”, 「한국거버넌스학회보」, 22(1) : 435-461.
- 윤종철. (2013). “치매 환자를 위한 성년후견제도의 성공적 정착을 위하여”, 「성년후견」, 1 : 109-116.
- 이근창. (1999). “치매의 치료관리와 서비스 전달체계의 구축에 관한 연구”. 「한국사회복지정책」, 9 : 131-153.
- 이경남. (2005). “치매노인을 위한 지역사회서비스 관리체계”. 「한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집」, 2005 : 27-56.
- 이성은. (2015). “지역사회 노인의 치매예방서비스 인지도 관련요인”, 「한국지역사회복지학」, 53 : 143-171.
- 이영휘·박경희·성연실. (2008). “치매노인의 주간보호서비스 이용에 따른 주부양자의 피로, 우울, 생활 만족도 변화”. 「성인간호학회지」, 20(3) : 443-451.
- 이윤경·성미라·이동영. (2011). “서울시 치매노인의 동반질환 및 건강습관”, 「Journal of Korean Academy of Nursing」, 41(3) : 411-422.
- 이현주·이주원·이준영. (2015). “치매노인 가족부양자의 부양부담 연구”. 「사회과학연구」, 26(1) : 345-367.
- 임효덕·김병수·이정재. (2013). 「대구광역시 치매 유병률 조사 및 치매관리센터 운영방안 개발」. 대구광역시.
- 장성옥·송미령·공계순·천숙희. (2012). “재가 치매가족의 휴식 돌봄 : 개념명료화”, 「기본간호학회지」, 19(1) : 23-34.
- 장혜영·이명선. (2013). “부양부담과 가족극복력이 치매노인 부양가족의 적응에 미치는 영향”, 「성인간호학회지」, 25(6) : 725-735.
- 정안나. (2015). 「치매 분야 국가연구개발 조사분석보고서」. 한국보건산업진흥원.
- 중앙치매센터. (2015). 「연차보고서」.
- 조맹제 외. (2000). “치매 환자에 대한 의료서비스 전달체계 현황”. 「노인정신의학」, 4(2) : 143-153.
- 조맹제. (2009). “국내 치매 노인 유병률 현황과 위험요인”, 「보건복지포럼」, 2009. 10. : 43-48.
- 천덕희. (2005). “치매노인을 위한 지역사회서비스 관리체계 토론”. 「한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집」, 2005 : 77-85.
- 천숙희·장성옥·공계순·송미령. (2011). “치매노인 가족수발자를 위한 지역사회기반 휴식프로그램 개발 및 적용효과”. 「기본간호학회지」, 18(3) : 337-347.
- 통계청. (2015). 「고령자통계 : 고령인구 순위」.
- 하은호·박경숙. (2011). “재가치매노인의 인지장애 영향 요인”. 「기본간호학회지」, 18(3) :

317-327.

한국보건사회연구원. (2014). 「2014년도 노인실태조사」.

홍정민. (2012). “치매와 경도인지장애에 대한 고찰”, 「한국콘텐츠학회지」, 10(2) : 25-30.

Clarfeld. A. M(1987). The Reversible dementias: Do they reverse?. Ann & Int Med. 109: 476-486.

Harker, D. T. and Vargas, L. G(1987). The theory of ratio scale estimation: Satty's analytic hierarchy process. Management Science. 33(11), 1383-1403.

Saaty, T. L(1990). Multicriteria Decision Making: The Analytic Hierarchy Process, AHP series, Vol, 1. RWS Publications.

김근혜(金瑾慧): 동아대학교에서 행정학 박사학위를 취득하였고 현재 부산발전연구원에서 연구원으로 재직하고 있으며, 주요관심분야는 조직관리와 지방정책, 보건복지 등이며, 주요논문으로는 “인권지표 개발을 위한 과제: 부산광역시를 중심으로”와 “노인재가센터 리더십과 팔로어십이 조직효과성에 미치는 영향” 등이 있다(dasom0821@nate.com).

윤은기(尹殷基): University of Toronto에서 정치학학사(B.A)를 취득하였고, University of Missouri에서 정치학박사과정을 거쳐, University of Birmingham에서 정치학박사학위(Ph.D)를 취득하였다. 현재는 동아대학교 행정학과 교수로 재직하고 있다. 학회활동으로는 한국부패학회 회장, 한국정책학회 부회장, 한국지방정부학회 연구위원장과 부회장을 역임하였다. 정부위원회 활동으로는 감사연구원과 통일연구원 자문위원회 자문위원을 역임하였고, 현재는 지방자치단체 정부3.0 평가위원회 위원, 지방자치발전위원회 실무위원, 행정자치부 정책자문위원회 위원으로 활동하고 있다. 주요관심 분야는 정책학, 행정문화와 이론, 부패, 비교발전행정 등이며, 주요 논문으로는 “Administrative System and Culture in East Asia, Europe, and USA: A Transformation of Administrative System through the Mutual Mixture of Cultures”(SSCI), “A Structuration Theory for the Transformation of Administrative Culture in South Korea with the Comparative Method of Huge Comparison”(Scope), “A Comparative Analysis of Corruption in Canada and South Korea: Focusing the Effect of Corruption on Social Development and Social Capital”(SSCI) 등이 있고, 한국행정학보를 비롯한 주요 학회보에 다수의 논문들이 게재 되었다(eungeeyun@naver.com).

Abstract

A Study in Terms of the Establishment and Operational Method of Dementia Management System on Local Community: An Analysis of Relative Importance Using the Method of AHP (Analytic Hierarchy Process)

Kim, Keun Hye

Yun, Eun Gee

The World Health Organization (WHO) and Alzheimer's Disease International (ADI) published a report in 2012 that dementia is an important public health issue in the world. Even though Korea has enlarged dementia-related infrastructure and tried to increase awareness about dementia, effective dementia management system has not been accomplished. Due to the characteristics of dementia, the role of local environments surrounding dementia patients is important. Also, the preparation of institutional foundation, clarification of roles, and the provision of customized service are necessary to for the construction of effective dementia management system.

The purpose of this study is to analyze the functions of dementia management that need to be first carried out by local communities in order to establish an effective system of dementia management. The research suggests the order of priority using the method of AHP (Analytic Hierarchy Process) in order to analyze preferential performed function and role for effective dementia management system on local community. According to the result of analysis, a focus on the function of management rather than prevention and cure is presently important. It can be necessary to provide the expansion of financial support on local community in terms of dementia management expense, the operation of ward for the elderly with dementia, the activation of dementia rating, and the additional designation of specialized dementia hospital on local community. Also, the improvement of service delivery system through the arrangement of integrated care service for the elderly and the development of standardized manual in Metropolitan Dementia Centers is required for clarifying functions and roles. Ultimately, the care services of dementia for the elderly in conjunction with the resources of local communities are necessary, which suggests the intensification of the public and private partnership at the level of local governments for customized service.

Key Words: AHP (Analytic Hierarchy Process), Dementia, Dementia Management System, Local Community, Service Delivery System